2004
STATE OF INDIANA
MIGRANT FOOD PANTRY
ELIGIBILITY CERTIFICATE FOR 2004

EXHIBIT C

PANTRY NAME: **COUNTY:**

PANTRY ADDRESS: **CITY:**

Certifico que el ingreso de mi familia es igual o menor que los incluidos en la siguiento:

INCOME GUIDELINES
(165%)

Personas en la familis	(Mensual)	(Anual)	Personas en la familis	(Mensual)	(Anual)
1	$ 1,280	$ 15,362	4	$ 2,592	$ 31,103
2	$ 1,717	$ 20,609	5	$ 3,029	$ 36,350
3	$ 2,155	$ 25,856	6	$ 3,466	$ 41,597

CADA PERSONA EXTRA: Mensual $437 Anual $5,247

Reconozco que el estado do Indiana y despensa de comida no tienen ningun control sobre la fabricacion de estos y a consecuencia no garantizan la condicion, la calidad, o el contenido de los productos donados por el USDA. Tambien reconozco y estoy consciente de que el vender, combiar, fraude o el abuso de estos productos es penalizado y que puedo ser sujeto a persecucion federal, y certifico que mi familia ha recibido estos productos durante esta distribucion.

	PERSONAS
FECHA FIRMA	**EN FAMILIA**

Updated: 5/20043
By: Marsha McGraw